

Diagnóstico y tratamiento del plastrón apendicular

Camila Legua Valenzuela¹
Prof. Dr. Humberto Flisfisch Fernández²

RESUMEN: *Pese a que el diagnóstico de plastrón apendicular está presente en el 10% de los pacientes con apendicitis aguda, su tratamiento está rodeado de controversia. Este artículo tiene como objetivo recopilar y sintetizar la evidencia actual sobre el diagnóstico y tratamiento. El diagnóstico debe ser en base a historia clínica y examen físico, considerando los factores individuales que aumentan el riesgo de presentar una complicación, el estudio de elección para confirmar es el escáner de abdomen y pelvis con contraste. Respecto a las distintas alternativas terapéuticas: apendicectomía inmediata, apendicectomía diferida y manejo conservador, se plantean una serie de ventajas y desventajas. Sin embargo, faltan estudios randomizados y prospectivos para obtener conclusiones estadísticamente significativas entre las distintas opciones terapéuticas.*

PALABRAS CLAVE: *Apendicitis aguda, Abdomen agudo quirúrgico, masa apendicular, plastrón apendicular, apendicectomía diferida, apendicectomía de urgencia.*

¹ Interno. Departamento de Cirugía Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile

² Departamento de Cirugía Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice vermicular, que corresponde a una estructura anatómica vestigial. Es una de las principales causas de abdomen agudo quirúrgico en la población general, con una incidencia estimada de 233 casos en 100.000. La resolución de esta patología es la cirugía lo que es más común en los Servicios de urgencia (1).

La principal etiología de la apendicitis aguda es la obstrucción del lumen por fecalitos, lo que lleva a acumulación de secreción mucosa, aumento de presión intraluminal y distensión de la pared. A medida que aumenta la presión se ocluyen los capilares y vénulas, lo que genera ingurgitación, edema y congestión vascular. Al progresar, se compromete el flujo arterial apareciendo isquemia, gangrena y perforación (2).

La presencia de apendicitis complicada en los pacientes va a depender del tiempo que se tarde en el diagnóstico y tratamiento oportuno. Dentro de las complicaciones se encuentra la perforación, la que genera en un 7-10% de los casos un plastrón apendicular (2).

El plastrón apendicular, masa formada por el apéndice perforado, omento mayor y tejidos adyacentes viscerales, delimita el proceso infeccioso y a su vez incrementa la morbilidad del paciente prolongando el tiempo de tratamiento y estadía hospitalaria, entre otros (3). Comúnmente se acompaña de fiebre y leucocitosis, sin embargo, puede estar ausente en pacientes obesos, diabéticos y adultos mayores (2,5).

El diagnóstico de plastrón apendicular en su mayoría es imagenológico, sin embargo hay un 5.1% de los pacientes en los que se llega al diagnóstico con la clínica. En algunas revisiones se señala que el diagnóstico en niños es el doble que en adultos, 8.8% y 4.4% respectivamente (3).

Pese a los diversos estudios y revisiones en relación al manejo del plastrón apendicular, sigue siendo un tema de gran controversia en la literatura. Dentro de las opciones terapéuticas validadas se encuentran: cirugía de urgencia, manejo conservador con cirugía diferida, y manejo conservador sin resolución quirúrgica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer las generalidades del plastrón apendicular.
2. Recopilar referencias sobre el diagnóstico del plastrón apendicular.
3. Recopilar y sintetizar las distintas alternativas terapéuticas, basadas en la evidencia, en la literatura actual.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Esta investigación corresponde a una revisión bibliográfica de la evidencia actual respecto al diagnóstico y tratamiento del plastrón apendicular.

RESULTADOS

Diagnóstico

La apendicitis aguda es una patología de diagnóstico clínico, en la cual para prevenir las complicaciones es esencial realizar un diagnóstico precoz (6). Pese a que en la actualidad existe una gran variedad de estudios diagnósticos, estos suelen ser costosos y no están disponibles en gran parte de los servicios de urgencia. Por tanto, la historia clínica y examen físico siguen siendo la piedra angular del diagnóstico de esta patología: nos orientan en el estudio a solicitar y diagnósticos diferenciales a descartar (6).

El cuadro clínico de apendicitis aguda se presenta frecuentemente como dolor abdominal en epigastrio que migra a fosa ilíaca derecha asociado a anorexia, sensación febril, náuseas y vómitos. Dolor a la palpación de fosa iliaca derecha, en el punto de McBurney, y signos de irritación peritoneal (7).

Pese a que un grupo considerable de pacientes presenta este cuadro clásico, existe un grupo con presentación atípica en los cuales se retrasa el diagnóstico, aumentando el riesgo de complicaciones (6).

En la literatura existen diversos estudios que han buscado validar puntuaciones que permitan un diagnóstico temprano, como por ejemplo, score de Alvarado. Sin embargo, la sospecha clínica sigue siendo lo más importante (8).

Existen pacientes con mayor probabilidad de presentar apendicitis complicada: consulta tardía al servicio de urgencia, más de tres días de síntomas, $T > 38.8^\circ$, edades extremas y sexo masculino (3).

El diagnóstico clínico de plastrón apendicular solo se logra en un 5.1% de los pacientes, ya que presentan un cuadro clínico más larvado y/o se palpa una masa en fosa iliaca derecha. Este porcentaje diagnóstico aumenta a un 14.2% con estudio complementario, siendo trascendental seleccionar a los pacientes que se benefician de este (3).

Entre el estudio complementario recomendado se encuentra el ultrasonido abdominal, por mucho tiempo definida como el examen de elección, que logra el diagnóstico en un 72% de los casos, sin embargo estudios muestran que la tomografía computarizada es superior y debe ser el estudio de elección (4).

Tratamiento

Existen aún controversias en cuanto al manejo del plastrón apendicular. Se conocen tres escuelas de pensamiento sobre el correcto manejo: (a) apendicectomía inmediata antes de resolución de la masa inflamatoria (b) conducta conservadora inicial seguida de apendicectomía diferida y (c) enfoque conservador sin apendicectomía (9,2).

Existe diversa evidencia que apoya a las distintas posturas.

a. Respecto a la apendicectomía inmediata se ha visto en distintas revisiones que es una cirugía técnicamente demandante, con mayor índice de complicaciones que la apendicectomía diferida, pero factible costo efectivamente ya que no requiere readmisión ni seguimiento a largo plazo (4).

b. La apendicectomía diferida, según distintas revisiones, presenta riesgo de recurrencia del proceso inflamatorio, mayor costo a nivel hospitalario, mayor número de readmisiones, no descarta requerir una apendicectomía de urgencia; pero presenta menor índice de complicaciones (4).

c. Respecto al manejo conservador destacan los siguientes estudios en la literatura. El primero, un estudio prospectivo que contó con 62 pacientes con plastrón apendicular, a 31 se les realizó apendicectomía inmediata y 31 manejados de manera conservadora, los resultaron mostraron que los pacientes con manejo conservador presentaron mayor tiempo hospitalario y mayor número de complicaciones como absceso residual y obstrucción intestinal por bridas (10). El segundo, un estudio comparativo con 50 pacientes de los cuales 18 recibieron apendicectomía de urgencia y 26 manejo conservador, resultando en el primer grupo alivio sintomático en menor tiempo, cirugía laboriosa con mayor tiempo quirúrgico y mayor tasa de complicaciones asociado a mayor estadía hospitalaria (11). En tercer lugar, una revisión de literatura inglesa refiere que el manejo conservador presenta las siguientes desventajas: ausencia de diagnóstico histológico y casos de cáncer apendicular en paciente jóvenes (1.2%), riesgo de recurrencia y mal seguimiento a largo plazo (4,12). Por último existe un meta análisis con resultados estadísticamente significativo al comparar la conducta conservadora con la apendicectomía inmediata, que muestra que con la primera existe una disminución de la tasa global de complicaciones, re intervenciones; pero sin diferencia estadísticamente significativa en la duración de la antibiótico terapia ni la duración de la hospitalización (13).

Finalmente se revisó un estudio sistemático que muestra que no existen estudios randomizados en adultos en relación al tratamiento.

DISCUSIÓN

El enfrentamiento del paciente con apendicitis aguda complicada presenta un gran desafío en los distintos niveles de atención de salud. En el nivel primario se debe contar con una alta sospecha diagnóstica basada en la historia y examen físico, y precocidad en la derivación, antes de que se presenten complicaciones, y por tanto disminuir la incidencia de los pacientes con plastrón apendicular. Los niveles de mayor complejidad, tienen la responsabilidad de confirmar el diagnóstico y proponer la resolución definitiva, siendo este último el más problemático. Sabemos que los meta análisis de estudios no randomizados generan un aporte en ausencia de estudios randomizados, sin embargo, se requiere avanzar hacia estudios controlados randomizados o análisis prospectivos antes de sacar conclusiones definitivas.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de la apendicitis aguda y sus complicaciones, entre ellas el plastrón apendicular, es eminentemente clínico, el cual se puede confirmar con estudio imagenológico disponible. El tratamiento de la apendicitis aguda es la intervención quirúrgica de urgencia, sin embargo el manejo del plastrón apendicular no está zanjado; ya que hay evidencia que apoya las tres opciones terapéuticas. Por lo tanto es esencial continuar los estudios, con enfoque en estudios randomizados que puedan mostrar resultados más esclarecedores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clouet-huerta de, et al. (2016). Plastrón apendicular y manejo clínico actual: una decisión a reconsiderar. a propósito de un caso. *Rev chil cir*, 83.
2. Frías-gonzales v,et al. (2012). Manejo de la masa apendicular inflamatoria en el paciente adulto en el hospital nacional cayetano heredia. *Rev.gastroenterol.perú*, 32, 267-272.
3. Tamer m, et al. (2017). A survey of management of appendiceal mass among surgeons: what is best practice?. *International surgery journal*, 6, 1850-1855.
4. Abdul-wahed n. Meshikhes. (2008). Management of appendiceal mass: controversial issues revisited. *Jgastrointestsurg*, 12, 767-775.
5. Maxfield m, et al. (2013). Predictive factors for failure of nonoperative management in perforated appendicitis. *American college of surgeons*, 76.
6. Vergara e, et al. (2013). Plastrón apendicular secundario a apendicitis aguda de presentación clínica atípica: un reporte de caso y revisión de la literatura. *Revisalud*, 2, 116-121.
7. R. e. b. andersson. (2004). Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. *British journal of surgery*, 91, 28-37.
8. Alvarado a. (1986). A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Annals of emergency medicine*, 15.
9. Quartey b. (2012). Interval appendectomy in adults: a necessary evil?. *Journal of emergencies, trauma, and shock*, 15.
10. Pandey c, et al. (2013). Management of appendicular lump: early exploration vs conservative management. *International journal of medical science and public health*, 2.

11. Vyas p, et al. (2016). Comparative study of outcome of conservative versus operative management in 50 cases of appendicular lump. *International journal of medical science and public health*, 5.
12. Roland e, et al. (2007). Nonsurgical treatment of appendiceal abscess or phlegmon a systematic review and meta-analysis. *Annals of surgery*, 246.
13. Simillis c, et al. (2009). A meta-analysis comparing conservative treatment versus acute appendectomy for complicated appendicitis (abscess or phlegmon). *Surgery*, 147.
14. Olsen j, et al. (2014). Treatment of appendiceal mass – a qualitative systematic review. *Danish medical journal*, 61.